

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 97.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'OCCLUSION INTESTINALE
DE
L'ÉTRANGLEMENT INTERNE
A TRAVERS L'ÉPIPLOON

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Janvier 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul-Georges FELDMULLER

Né le 21 Juillet 1877, à Bar-le-Duc (Meuse),

Élève à l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Janvier 1901



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552409_0029

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 97.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'OCCLUSION INTESTINALE

DE
L'ÉTRANGLEMENT INTERNE
A TRAVERS L'ÉPIPLOON

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Janvier 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul-Georges FELDMULLER

Né le 21 Juillet 1877, à Bar-le Duc (Meuse),
Élève à l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Janvier 1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.
CROLAS. QUESTEUR

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD.
Clinique ophtalmologique.	PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	X.
Clinique des maladies mentales.	FOCHIER.
Physique médicale.	GAYET.
Chimie médicale et pharmaceutique.	GAILLETON.
Chimie organique et Toxicologie.	PIERRET.
Matière médicale et Botanique.	MONOYER.
Parasitologie.	HUGOUNENQ.
Anatomie.	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.	FLORENCE.
Physiologie.	LORTET.
Pathologie interne.	TESTUT.
Pathologie externe.	RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MORAT.
Anatomie pathologique.	TEISSIER.
Médecine opératoire.	AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.	MAYET.
Médecine légale.	TRIPPIER.
Hygiène.	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.	ARLOING.
Pharmacologie.	LACASSAGNE.
	COURMONT.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	WEILL, agrégé
Maladies des voies urinaires.	CHANDELUX —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, —
Accouchements.	POLLOSSON (A.) —
Propédeutique médicale.	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE, —
Botanique.	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVIOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BERARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président ; LANNOIS, Assesseur ;
MM. BOYER et COLLET, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Les documents amassés dans la clinique de M. le professeur Poncet ont déjà donné lieu à de nombreux travaux sur l'occlusion intestinale et sur les étranglements internes. Je ne citerai que les travaux de Bérard et Delore¹, de Fabre², de Nieger³ et de Payan⁴. Il semble que derrière ces devanciers il ne reste rien à glaner, et cependant comme le dit Brocca : « Une question des plus difficiles à résoudre se présente à chaque nouveau cas d'étranglement. »

Parmi les agents d'étranglement interne, il en est un cité par tous les classiques, qui n'a pourtant jamais donné lieu à un travail d'ensemble ; je veux parler de l'étranglement à travers l'épiploon. Il nous a été donné de voir un de ces cas, durant notre séjour à la clinique chirurgicale, et M. le professeur Poncet a bien voulu nous charger de ce travail et accepter la présidence de notre thèse.

¹ Bérard et Delore, *Revue de Chirurgie*, mai-juin 1899.

² Fabre, th. Lyon, 1898.

³ Nieger, th. Lyon, 1899.

⁴ Payan, th. Lyon, 1899.

Nous le remercions vivement du grand honneur qu'il nous fait.

M. le Dr Delore, chef de clinique, a aussi droit à tous nos remerciements, il nous a fait part d'une observation inédite.

L'étranglement à travers l'épiploon peut se faire : soit dans la cavité abdominale, soit dans un sac herniaire préformé.

L'étranglement dans la cavité abdominale n'a encore jamais donné lieu à un travail d'ensemble. Jalaguier¹ cite une observation de Couder, tous les autres auteurs admettent la possibilité de cet étranglement, et Couder jouit du monopole d'être toujours cité, et cependant il existe bien d'autres observations. Cooper, Dupuytren, Besnier, Maunoir, Pieri et Bernheim en ont rapporté, nous y joindrons un fait nouveau. L'étranglement dans un sac herniaire a été décrit depuis longtemps par Arnaud², par Scarpa³, les cas en sont plus nombreux, nous en apportons un nouveau communiqué par M. le Dr Delore.

Notre travail consistera à réunir les observations d'étranglement interne à travers l'épiploon, à les grouper, et à pénétrer ainsi grâce aux dispositions anatomopathologiques, le mécanisme de cette obstruction ; nous verrons ensuite quels sont les symptômes ; comment on pourra arriver au diagnostic et quel est le traitement à instituer.

¹ Jalaguier, in Duplay et Reclus, t. VI.

² Arnaud, *Mémoires de Chirurgie*, t. II.

³ Scarpa, *Traité des hernies*,

DE
L'ÉTRANGLEMENT INTERNE

A TRAVERS L'ÉPIPLOON

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le grand épiploon partant de la grande courbure de l'estomac tombe à la façon d'un voile au-devant des intestins ; il descend jusqu'au pubis, un peu plus bas à gauche qu' à droite, et se recourbe à ce niveau pour venir s'accoler au côlon transverse, formant ainsi, derrière la paroi, une barrière et un feutrage à l'intestin. Il est chargé de graisse et empêche ainsi un refroidissement brusque des viscères¹.

Chez de nombreux sujets, dit Testut², au lieu d'affecter cette position primitive, l'épiploon se déjette plus ou moins à droite ou à gauche, ou bien se replie sur lui-même et s'insinue en partie ou en totalité entre les anses grêles. D'autres fois, il se renverse en haut et vient se loger au-dessous du diaphragme, entre ce mus-

¹ Trèves, *Anatomie appliquée à la chirurgie*.

² Testut, *Traité d'anatomie*, t. III,

cle et le foie. Dans ces différents cas les anses grêles et les côlons ne sont plus recouverts par l'épiploon et se trouvent en contact direct avec la paroi.

A ces dispositions qui sont normales peuvent se joindre différents complexus. L'épiploon, par suite d'inflammations antérieures, peut avoir contracté des adhérences avec les différents organes contenus dans l'abdomen, ou même avec les parois de cette cavité.

C'est ainsi que nous voyons dans l'observation, de Danesi et de Banti¹ l'épiploon adhérer à la symphyse sacro-iliaque gauche.

En prenant successivement les observations et en examinant l'état de l'épiploon, nous voyons qu'on peut ramener à quatre types les différentes modalités de ce repli :

I. L'épiploon est normal comme position, il se trouve derrière la paroi abdominale antérieure au-devant des intestins, libre de toute adhérence.

II. L'épiploon se trouve encore au devant des intestins, mais, au lieu d'être libre, il a contracté des adhérences avec la paroi, soit à cause d'une hernie, soit en dehors de toute hernie.

III. L'épiploon, au lieu de se trouver au-devant du paquet intestinal, s'insinue en partie ou en totalité à travers les anses grêles, mais il n'a aucune adhérence.

IV. L'épiploon se trouve dans la position III, mais il a contracté des adhérences.

La disposition première, normale ne se trouve pour ainsi dire pas dans nos observations ; la seule qu'on

¹ *Lo Sperimentale*, août 1879.

pourrait ranger dans cette catégorie est celle de Mau-noir; en effet, des adhérences ne sont pas mentionnées. Peut-être cela tient-il à ce que l'observateur n'a pas eu l'attention attirée de ce côté; peut-être des adhérences existaient-elles et se sont rompues secondairement sous les efforts causés par les vomissements, durant les derniers jours du malade.

La disposition seconde est plus fréquente.

L'observation de Poncet est un très bon exemple. L'épiploon se montre au-devant de l'intestin, son bord inférieur est libre, mais il a des adhérences dans la fosse iliaque droite au niveau du cæcum. De quelle origine sont ces adhérences, il est difficile de se prononcer, le malade n'a jamais eu de hernies, il n'a jamais présenté de lésions du tube digestif. Nous croyons ici à une épiploïte qui serait passée inaperçue. Le cas présenté par Bernheim¹ est pour ainsi dire calqué sur le précédent. L'épiploon est libre, sauf des adhérences un peu au-dessous du cæcum. Dans le cas de Dupuytren, même disposition de l'épiploon, mais, chose remarquable, l'anneau formé par l'épiploon adhérent au niveau d'une hernie s'était détaché du reste du tablier et tenait fortement à la paroi antérieure de l'abdomen. Je n'hésiterai pas à ranger l'observation de Pieri dans cette catégorie de faits; l'auteur ne mentionne pas d'adhérences, mais il est probable, sûr même que l'épiploon devait adhérer au péritoine dans la région où se trouvaient les hernies

¹ Bernheim, *Mémoires de la Société de Médecine de Nancy*, 1894.

Le troisième type de disposition épiploïque se trouve mentionné dans l'observation de Besnier, le grand épiploon fait défaut au-devant des intestins, il est engagé dans le paquet intestinal, il n'y a pas d'adhérences.

L'observation de Danesi et Banti nous offre un exemple remarquable du quatrième type d'épiploon. Ici l'épiploon divise en deux le paquet intestinal et va adhérer à la symphyse sacro-iliaque gauche.

Si l'étranglement siège dans une cavité herniaire, nous devons considérer deux ordres de faits :

I. L'épiploon adhère au niveau de l'entrée du sac et l'intestin passe dans l'orifice avant de faire partie de la hernie, c'est un cas particulier de l'étranglement dans la cavité abdominale (Chassaignac, Arnaud).

II. L'épiploon adhère au fond du sac, il coiffe l'intestin, l'orifice existe dans la hernie même, c'est le cas observé par Scarpa, par Delore, etc.

Nous savons que, normalement chez l'adulte, l'épiploon appartient au type réticulé, c'est-à-dire que cette membrane qui est pleine chez le fœtus, finit par être criblée de trous chez l'adulte.

Ces trous sont dus au passage des cellules migratrices de la cavité péritonéale (Ranvier). Il ne faudrait pas croire que cette disposition puisse jamais permettre l'étranglement interne ; les orifices sont microscopiques. Les anneaux qu'on rencontre sur l'épiploon sont complètement indépendants de cette formation. Nous examinerons sommairement quelle est la disposition qui préside à la formation de ces orifices, quel est leur siège et quelles sont leurs dimensions.

Nous pouvons ranger ces orifices suivant leur formation de trois façons différentes :

Dans certains cas (Piéri, Cooper) l'orifice est dû à un traumatisme, l'épiploon altéré perd sa résistance, il est raide et fibreux et se laisse facilement déchirer. Piéri, du reste, mentionne l'ouverture comme traumatique récente.

Dans le cas cité par Easterly Ashton¹, l'orifice est dû à une intervention chirurgicale.

OBSERVATION I

Un malade, opéré de gastro-entérostomie pour un cancer de l'estomac, meurt quelques jours après avec des symptômes d'occlusion intestinale. A l'autopsie de la cavité abdominale, on trouve presque tout le paquet intestinal grêle qui a passé à travers un orifice du grand épiploon. Les anses engagées comprennent tout le jéjunum et l'iléon, jusqu'à une distance d'environ 10 centimètres de la valvule iléo-cæcale.

L'orifice avait été pratiqué par le chirurgien pour faciliter la réunion de l'intestin à l'estomac.

Dans d'autres cas, le traumatisme n'est pas extérieur, il résulte de la pression exercée sur l'épiploon par la masse intestinale ; l'observation de Danesi et Banti en est un bon exemple. Les auteurs qualifient l'ouverture de *smagliatura* (maille, en italien). Il semble

¹ Easterly Ashton, *The Medical News*, 1892.

bien, en effet, que cet orifice se soit produit peu à peu et depuis longtemps par la dissociation de la membrane sous le poids et la pression de l'intestin. Il en est de même pour l'observation de Bernheim, où l'anse s'engagea dans un orifice déterminé par les efforts dus au travail de la terre ¹.

Nous pensons que l'ouverture, surtout quand elle se trouve au bas du tablier, peut encore résulter de la coalescence de deux franges épiploïques, et nous rapprocherons volontiers le cas cité par Dupuytren², de celui-ci, cité par Easterly Ashton : « Il s'agit d'un individu mort des suites d'une laparotomie et chez qui on trouva à l'autopsie un étranglement interne causé par un anneau formé par la coalescence de deux franges épiploïques, adhérentes au péritoine pariétal.

C'est, en somme, le degré moindre du cas précédent : nous rapprochons aussi de ce mode de formation l'anneau épiploïque rencontré chez le malade de Maunoir.

Dans les cas de Poncet et de Besnier, nous pensons que l'orifice a été primitif. L'anneau a tous les caractères d'une ouverture ancienne, les bords sont fibreux ; il existait primitivement, et si la pression intestinale entre en ligne de compte, elle n'a fait que l'agrandir et lui donner un diamètre suffisant pour un étranglement. Comment s'est formé cet anneau : aux dépens d'une épiploïte locale, d'une thrombose qui a mortifié une faible partie de l'épiploon ?

Pour nous résumer, nous voyons que la plupart de

¹ Bernheim, Commentaires suivant l'observation citée.

² *Leçons de clinique chirurgicale*, t. III.

ces orifices sont des anneaux traumatiques dus, soit à un traumatisme unique et violent, soit à une intervention chirurgicale; qu'ils peuvent encore résulter de la coalescence de deux franges épiploïques; soit enfin attribuables à la pression intestinale, qui agrandit un orifice petit et insuffisant, ou qui crée cet orifice de toute pièce dans une partie de l'épiploon amincie ou dépourvue de résistance à la suite d'un processus inflammatoire.

Il ne suffit pas, pour que l'intestin puisse se hernier, que l'épiploon présente un orifice, il faut encore que celui-ci soit suffisamment grand pour laisser passer une anse intestinale.

Le diamètre de cet orifice n'est pas toujours mentionné, mais dans les observations où l'on s'est préoccupé de cette mesure, nous voyons que l'anneau a un diamètre de 3 centimètres au moins. Les orifices plus petits ne peuvent permettre l'étranglement.

De cette notion, découle un précepte: c'est de ne jamais faire dans le cours d'une laparotomie un orifice à l'épiploon et d'obturer, au besoin, les pertes de substance qu'on peut rencontrer sur cet organe.

Pour que l'étranglement puisse se faire, il faut encore que le trou corresponde par son siège à une partie de l'intestin suffisamment mobile, c'est-à-dire, le grêle d'une façon générale.

Si le trou est haut placé, il se trouve en face du côlon transverse, des côlons ascendants et descendants, et alors le diamètre de l'intestin, ainsi que sa fixité, empêcheront l'engagement à travers l'épiploon. C'est ainsi que nous voyons dans l'observation de Chassaingnac, où

le cæcum même était déplacé, l'étranglement s'arrêter au niveau de cet organe, que son diamètre avait empêché de franchir l'orifice.

Aussi, dans toutes nos observations, voyons-nous l'orifice siéger surtout au-dessous de l'ombilic, et souvent à la partie toute inférieure de l'épiploon.

L'anneau siège tantôt à gauche, tantôt à droite ; mais cette dernière situation est plus fréquente. On rencontre presque toujours l'ouverture à côté des adhérences, s'il y en a.

La partie de l'intestin étranglé est toujours le grêle ; l'anse est en général, très longue, elle varie de 20 centimètres à 1 m. 50 et même tout le paquet peut être engagé.

L'état de l'anse herniée est variable, l'intestin peut être simplement rouge et injecté, il peut être gangréné ; dans le cas de Poncet, nous trouvons une perforation sur le sillon d'étranglement.

Nous pouvons dire cependant, d'une façon générale, que l'intestin est tardivement altéré. C'est ainsi que dans l'observation de Pieri, nous voyons intervenir le huitième jour, et il n'y a pas à réséquer d'intestin. La perforation est aussi très rare, nous la rencontrons une seule fois.

Nous n'insisterons pas davantage sur les lésions de l'intestin, elles sont décrites dans tous les ouvrages mieux que nous pourrions le faire.

Dans le cas où l'étranglement se fait dans une hernie, la disposition de l'épiploon peut affecter deux types :

L'orifice se trouve en avant du sac et l'intestin passe

par l'orifice avant de pénétrer dans le sac; ou bien, l'épiploon coiffe l'intestin, et c'est dans la hernie même que siège l'ouverture et que s'est fait l'étranglement.

Nous voyons donc que, dans le premier de ces types, l'étranglement siège encore dans la cavité abdominale, et que seulement le second type peut être considéré comme un étranglement herniaire.

Nous trouvons toujours dans ces deux cas des adhérence de l'épiploon à la paroi, soit aux environs du sac, soit dans le sac lui-même.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

En examinant les observations au point de vue des commémoratifs ; nous voyons que tous nos malades sont des adultes, surtout des hommes, d'un âge assez avancé. Nous ne comptons qu'un homme de vingt et un ans, et ici l'étranglement a été un accident, il a succédé à un traumatisme, partout ailleurs nous n'observons que des individus au-dessus de quarante ans.

Tous ont un passé pathologique assez chargé ; nous trouvons la syphilis mentionnée deux fois (Poncet, Maunoir), l'alcoolisme, ou ce qui est plus probant une affection du tube digestif ; c'est ainsi que le malade de Danesi et Banti souffrait d'une entérite depuis un mois. Presque tous sont porteurs de hernies datant de l'enfance.

La profession exercée par les malades est toujours une profession manuelle ; ils ont à porter des poids considérables, ou des efforts à fournir. Cette notion d'efforts se retrouve dans toutes les observations. Je ne peux mieux faire que de citer Baudelocque¹ : « Je

¹ Baudelocque, *Art des accouchements*, 1807, t. I, p. 491.

fus témoin, dit-il, des funestes suites d'un pareil accident, vers le milieu de novembre 1774. Une anse d'intestin, *dans les efforts de l'accouchement*, s'insinua à travers une masse d'épiploon de la grosseur d'un œuf de poule qui formait depuis neuf ans une hernie ombilicale, et s'y étrangla. La femme éprouvait déjà les accidents de cet étranglement depuis la veille, lorsqu'on m'appela; et ces accidents, bien plus que l'impossibilité apparente où elle était de se délivrer seule, m'engagèrent à terminer l'accouchement. Malgré cela, l'on ne put faire la réduction non de l'épiplomphale, mais de l'anse intestinale nouvellement sortie, et l'on ne jugea pas à propos de tenter l'opération, de sorte que la femme mourut du deuxième au troisième jour des couches. »

Ici l'effort est la cause immédiate, évidente, nous retrouverons partout ailleurs cette notion peut-être moins évidente, mais précise cependant.

Chez une autre catégorie de sujets on trouve un traumatisme unique (Pieri, Cooper). Cette violence est la vraie cause de l'étranglement, l'épiploon altéré ou vicieusement placé s'est rompu sous le coup.

A l'origine de toutes nos observations nous voyons le traumatisme ou l'effort, c'est ainsi qu'agit la profession du malade; l'âge influe aussi en permettant au sujet d'avoir derrière lui des antécédents morbides; des hernies anciennes, des adhérences épiploïques, suite d'épiplôte, de péritonite ou compliquant des hernies.

Nous verrons ordinairement l'étranglement à travers l'épiploon se montrer chez un sujet d'âge moyen, qui

présente des hernies anciennes ou un passé pathologique du côté du tube digestif, sa profession est pénible, et comme antécédents immédiats chercher un effort, un traumatisme, qui est la vraie cause de l'étranglement.

Mécanisme.

Nous avons ramené dans notre précédent chapitre la position de l'épiploon à quatre types.

Le premier normal.

Le deuxième reproduisant le type premier avec des adhérences.

Le troisième normal encore, mais plus rare.

Et le quatrième reproduisant le type deux avec adhérences.

1° Le premier type est essentiellement normal, l'épiploon est à sa place libre au devant de l'intestin, une anse peut-elle se hernier à travers ce repli ? Nous ne le pensons pas ; car pour qu'il y ait étranglement, il faut non seulement un orifice, mais au delà un espace vide et, pour que ce vide existe derrière l'épiploon, il faut qu'à un moment donné cet organe soit empêché de rejoindre la paroi :

Or, dans ce premier type, vienne un effort, une pression de la masse intestinale en avant, l'épiploon sera repoussé et viendra s'accoler à la paroi abdominale ; plus la pression sera forte et plus l'épiploon sera étroitement appliqué. Existerait-il un orifice, l'étranglement ne pourrait pas se faire, car, lors de l'effort, l'épiploon s'accole à la paroi, et l'intestin, trouve non

pas une ouverture, mais une paroi solide et résistante. Nous pensons donc qu'avec cette disposition sauf le cas de hernie, ou de déchirure de la paroi, l'étranglement est impossible.

2^o Mais dans le type où l'épiploon a contracté des adhérences soit à la fosse iliaque, soit à un autre organe, et quelle que soit la partie adhérente, les choses ne se passent plus ainsi. Les adhérences maintiennent l'épiploon en place, il n'est plus libre.

Il devient fibreux, cassant au voisinage des adhérences ou des hernies ¹. Chez les sujets présentant ce type d'épiploon, l'accolement de cet organe à la paroi se fait d'autant plus mal que les adhérences sont plus serrées. Dans les cas d'efforts, l'épiploon au lieu de s'appliquer en entier contre la paroi abdominale antérieure n'adhère pas partout, laisse des vides où peut s'insinuer l'intestin et forme, en arrière de la paroi, un plan dur et qui ne présente pas toujours une résistance suffisante. C'est dans ce cas que la pression intestinale engagera une anse dans un orifice préexistant, ou le constituera au besoin de toutes pièces.

S'il s'agit d'un traumatisme comme dans le cas de Pieri, le mécanisme n'est pas tout à fait le même. Le malade a reçu un coup de genou sur l'abdomen. La paroi, l'intestin se sont laissés déprimer; l'épiploon altéré, tendu au-devant des viscères, tirailé par les adhérences n'a pas pu suivre le mouvement et s'est rompu. Lorsque la compression a cessé, la paroi est vite revenue sur elle-même, aspirant pour ainsi dire

¹ Jaboulay, *in* Ledentu et Delbet.

l'intestin, qui s'est alors engagé dans l'orifice. Pour le cas de Cooper, le mécanisme serait analogue. En somme, il s'agirait presque toujours d'un éclatement de l'épiploon.

3° Si nous considérons le second type normal, on pourrait penser *a priori* que l'étranglement est impossible.

Mais, ici, l'épiploon, bien que libre, est engagé dans les anses intestinales, et ce sont ces anses grêles qui joueront le rôle d'adhérences, c'est-à-dire que l'intestin comprimé sur l'épiploon empêche celui-ci de céder aux différents mouvements poussant la masse intestinale en avant, et l'immobilise ; on conçoit alors que les anses situées plus haut peuvent venir faire hernie à travers un orifice, ou créer cet orifice aux dépens d'un endroit moins résistant.

4° Si à cette disposition, qui fait supporter à l'épiploon une partie de la poussée intestinale, viennent se joindre des adhérences à la paroi postérieure, on a un autre viscère. Nul doute que l'étranglement soit plus facile, obligé pour ainsi dire. La cavité abdominale est séparée en deux loges par cette cloison qui n'est toujours pas suffisamment résistante.

Nous pensons donc, partant de ce point, que pour que l'étranglement soit possible, il faut que l'intestin trouve entre l'épiploon et la paroi un espace momentanément vide, dans lequel il puisse s'engager, que cet étranglement ne se produira que chez des sujets porteurs d'adhérences ou de positions épiploïques vicieuses, et présentant un épiploon déjà altéré ; c'est pour cela que cet étranglement est rare, somme toute.

Il est plus fréquent dans les hernies parce que l'épiploon réalise presque toujours des adhérences soit en avant du sac, soit dans le sac même.

La grande cause, la clef du mécanisme de cet étranglement est l'effort et le traumatisme joint à une position vicieuse épiploïque.

Nous présentons ici les observations que nous avons rangées suivant la disposition de l'épiploon.

OBSERVATION II (inédite).

(Recueillie dans le service de M. le professeur Poncet).

F. J..., âgé de cinquante-six ans, cordonnier, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Philippe, n° 1, dans le service de M. le professeur Poncet, le 16 juillet 1900.

Pas d'antécédents héréditaires.

Bonne santé jusqu'à quarante ans. A vingt ans, deux blennorrhagies sans gravité ni complications.

A quarante ans, le malade contracte la syphilis, il n'aurait plus d'accidents depuis quatorze ans.

Il fit l'an dernier un séjour à Saint-Philippe pour un mal perforant plantaire au 5^e métatarsien droit. M. Delore fit la résection du nerf tibial postérieur. Guérison complète actuellement.

Le lundi de Pentecôte 1900, un œdème rougeâtre se produit à la jambe gauche, les mouvements sont gênés, une ulcération apparaît, grandit et donne du pus. La marche est impossible au commencement de juillet.

Le malade entre à l'hôpital.

Œdème avec teinte rougeâtre du pied et de la moitié inférieure de la jambe. Une ulcération, large comme une

pièce de 5 francs, siège à la face interne du cou-de-pied, un peu en avant de la pointe de la malléole tibiale : bords violacés, décollés, fond sanieux. Sécrétion considérable de pus. Un stylet remonte en haut et en arrière le long du tendon d'Achille sur une longueur de 7 à 8 centimètres.

Le pied malade n'est pas douloureux.

Le malade s'appuie bien sur son pied, on entend de gros craquements en maniant le pied, et le stylet montre les lésions d'une arthrite.

Le malade a des symptômes tabétiques, douleur fulgurantes, il a du ptosis remontant à plusieurs années. Réflexes abolis et plaques d'anesthésie aux membres inférieurs et sur le trajet du cubital.

Le malade a une température de 40 degrés. Constipation.

17 juillet. — Un œdème rougeâtre apparaît au poignet droit. Douleur au niveau de l'articulation.

18 juillet. — M. Delore résèque l'astragale. La douleur et le gonflement persistent au poignet.

19 juillet. — La température baisse, mais du subdélirium par instant.

La température disparaît dans les jours suivants, mais la cachexie s'accroît, inappétence. Douleurs abdominales vagues.

23 juillet. — La température remonte. Douleurs vives à l'articulation du poignet, on constate une arthrite suppurée, résection et drainage le 25 juillet.

28 juillet. — La température reste normale jusqu'à la fin. La cachexie s'accroît : pas d'appétit, céphalée, vomissements verdâtres des liquides ingérés avec odeur fécaloïde. Le ventre est douloureux, sans localisations nettes ; il est tendu. La palpation en est possible sans trop de souffrance, on ne sent rien d'anormal. On pense à une occlusion (Delore), mais l'état précaire du malade et les

opérations qu'il a déjà dû subir font ajourner une intervention et on le traite par l'opium.

Le malade n'a pas de température. Il n'a pas eu de selles et ne rend pas de gaz par l'anus.

Les urines sont diminuées. Le ventre est météorisé. Le délire est marqué, doux et persistant.

Les symptômes persistent et le malade meurt le 30 juillet.

Autopsie. — On trouve les lésions d'une pyohémie à point de départ dans les lésions du pied gauche. Le poumon est congestionné.

Dans l'abdomen, le foie et la rate sont congestionnés.

L'épiploon recouvre les viscères et présente en bas et à droite, à 4 centimètres du cæcum, une ouverture à bords fibreux de 4 centimètres de diamètre. L'épiploon adhère à la fosse iliaque au niveau du cæcum. Dans l'ouverture est étranglée une anse intestinale d'environ 30 centimètres. Cette anse présente un sillon d'étranglement très marquée, elle est congestionnée, des dépôts fibrineux la recouvrent, une perforation se trouve sur le sillon d'étranglement.

Dans le petit bassin, on trouve un liquide louche, sans odeur, non purulent et en quantité assez abondante.

OBSERVATION III

(Maunoir, *Bulletin Société anatomique de Paris*, 1872.)

Étranglement interne à travers une éraillure du grand épiploon.

R. A..., âgé de quarante-neuf ans, était entré depuis quelques jours dans le service de M. Bernutz suppléé par M. Lécorché, à la Charité, salle Saint-Ferdinand n° 27, pour

un état assez mal défini, avec des antécédents d'alcoolisme et de syphilis, lorsque le mercredi 10 juillet 1872, à la visite du matin, il fut pris de vomissements alimentaires avec une douleur assez vive dans l'abdomen.

Le malade n'a pas été à la selle depuis cinq jours. Lavement de tabac qui n'amène que quelques matières glaireuses.

Pendant la journée, les vomissements se répètent, ils deviennent verdâtres, s'accompagnent d'un hoquet fréquent et, à la visite du soir, le malade est trouvé avec la face grippée, cyanosée, le pouls petit, les extrémités froides.

Le ventre est à peine ballonné.

La mort arrive la nuit même à 1 heure du matin.

Autopsie. — Vendredi 12 juillet, à 9 heures du matin. Rien à noter dans le cerveau, les poumons, sauf la congestion. Rien au cœur ni au foie. Péritoine rouge foncé, et contenant une notable quantité de sérosité sanguinolente. Intestins très modérément distendus par les gaz, mais aussitôt la paroi abdominale ouverte sur la ligne médiane, on voit une anse de l'intestin grêle à 2 ou 3 centimètres au-dessous de la valvule iléo-cæcale passée au travers d'une éraillure du grand épiploon, de telle façon que l'intestin et son mésentère soient enserrés étroitement comme par un fil. En effet, la portion épiploïque qui cause l'étranglement est à sa partie inférieure d'une grande ténuité, tandis que, par en haut, elle se continue avec le reste du tablier.

OBSERVATION IV

(Bernheim, *Mémoires Société de médecine de Nancy*, 1894,
Séance du 14 mars 1894.)

Il s'agit d'un homme de trente-cinq ans qui, en parfait

état de santé, fut pris brusquement, après avoir pioché la terre, de coliques diffuses dans tout l'abdomen pendant deux jours. Un lavement procura au patient trois petites selles le deuxième jour, mais, les quatre jours suivants, le malade n'eut aucune garde-robe et fut pris de vomissements fécaloïdes, à l'occasion desquels il entra à l'hôpital, six jours après le début des accidents.

A son entrée, on ne constata pas de fièvre. Le pouls était à 96, assez ample, le facies n'était pas grippé et, comme symptômes abdominaux, on ne put noter qu'un ballonnement considérable. Le ventre était partout sonore et la sonorité remontait jusqu'au 4^e espace intercostal. Clapotement stomacal. En l'absence de toute hernie, de toute constipation habituelle et de tout signe de typhlite, on pensa à une invagination intestinale ou à un étranglement sur une bride épiploïque ancienne et l'on commença par vider l'estomac d'où l'on retira une grande quantité de liquide fécaloïde. On poussa ensuite dans l'intestin, avec une grande sonde profondément introduite dans le rectum, une injection de 600 grammes d'huile d'olive pure, qui procura au bout d'une demi-heure une selle assez abondante. Mais, dans l'après-midi, le malade fut pris de collapsus, et M. Frœlich, appelé à lui donner ses soins, se décida à pratiquer d'urgence un anus artificiel dans la fosse iliaque gauche. Malgré l'opération, l'état grave se maintint et la mort survint le lendemain à 4 heures du matin.

Autopsie. — On trouva le grand épiploon soudé à sa partie inférieure et sur une surface de 1 centimètre environ avec la fosse iliaque droite, en bas et en dedans du cæcum. L'épiploon présentait de plus, à 2 centimètres du côlon, un orifice de 4 cm. 50 de diamètre à travers lequel s'étaient herniées 1 m. 50 d'anses intestinales formant peloton, de coloration rouge foncé, agglutinées les unes aux autres par

un liquide visqueux et présentant tous les signes de la péritonite.

OBSERVATION V

(Dupuytren, *Clinique chirurgicale*, t. III).

Hernie inguinale mobile et réductible.

Étranglement interne produit par un anneau de l'épiploon.

Un individu se présenta à M. Dupuytren pour être traité d'une maladie qui offrait tous les symptômes d'un étranglement interne. Le malade portait une hernie inguinale mobile et réductible. Le siège du mal existait au-dessus de la hernie et à son côté interne. L'étranglement fut rencontré et levé à l'aide d'un long bistouri boutonné conduit sur l'indicateur.

Les symptômes cessèrent, mais une péritonite qui existait déjà, et qui, comme cela arrive ordinairement, prit plus d'intensité après l'opération, enleva le malade et permit de vérifier l'existence de l'étranglement.

Il était produit par un anneau de l'épiploon adhérent aux parois de l'abdomen, et à travers lequel passait une anse de l'intestin.

Une chose remarquable, c'est que le cercle formé par l'épiploon, adhérent au péritoine et situé en bas et à droite de la ligne blanche, était entièrement détaché du reste de l'épiploon, et qu'il formait un anneau qui recevait la nourriture et la vie par un simple pédicule, à l'aide duquel il adhérait au péritoine.

OBSERVATION VI

(Chassaignac, *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*,
1^{re} série, t. IV.)

Une femme âgée de trente-trois ans, blanchisseuse, était atteinte depuis l'âge de treize ans d'une hernie crurale gauche.

Il y a six ans, la hernie, qui était entéro-épiplocèle, ayant été prise d'étranglement, fut opérée. Elle ne tarda pas à se reproduire ; mais comme elle était réductible, la malade continua de vaquer à ses occupations, en maintenant, toutefois, la hernie au moyen d'un bandage.

26 janvier 1854. — Les accidents d'un étranglement interne se déclarèrent, et la malade succomba le 28.

A l'autopsie, on constate qu'une portion considérable de l'intestin grêle occupant le côté droit de la cavité abdominale est rouge et violacée. Le péritoine contient un peu de sérosité sanguinolente et quelques lambeaux de fausses membranes. A un examen plus attentif, on reconnaît que toute la portion de l'intestin qui est altérée (et elle avait près de 2 pieds de longueur), est étranglée à ses deux extrémités dans une ouverture de l'épiploon. Celui-ci avait contracté anciennement à la face interne du sac des adhérences par suite desquelles il faisait corps avec les parois du sac herniaire.

C'est à travers une solution de continuité de l'épiploon ainsi adhérent que l'intestin grêle s'était engagé. Le cæcum avait été entraîné dans la fosse iliaque gauche, et se trouvait arrêté par son volume à l'orifice du trou épiploïque.

OBSERVATION VII

(Astley Cooper, *Œuvres chirurgicales*, Bruxelles, 1835.
Observation CCCLXII^e,
communiquée par Richard Croackes.)

Le jeudi matin, 23 février 1804, je fus appelé à environ 1 heure du matin, pour voir M. W..., fermier, âgé de quatre-vingts ans, d'une constitution grêle, et qui, néanmoins, avait joui précédemment d'une bonne santé, et avait mené une vie très active.

Il se plaignait d'une douleur très aiguë dans l'abdomen, principalement vers la région ombilicale. Cette douleur était survenue, il y avait près de trois ou quatre heures, sans nausées ni fièvre.

Le malade attribuait l'apparition de cette douleur à l'ingestion d'un peu de jambon qu'il avait pris à son dîner, le jour précédent, et qui n'avait pas été suffisamment bouilli.

Ne pouvant découvrir aucune autre cause à cet accident, j'attribuai à la même cause que le malade les accidents qu'il éprouvait.

Dans les informations que je pris après la mort du malade, j'appris que la veille du début des accidents, il avait fait, au moment où il montait à cheval, une chute dont il ne s'était pas plaint au moment même. Comme il n'avait point vomì, je pensais qu'il était préférable, eu égard à son âge avancé, de ne point lui donner d'émétique, et je ne le saignais point par le même motif. Mais je lui administrai une mixture purgative. Vers midi, je fus appelé de nouveau, et la personne qui vint me chercher m'apprit qu'il avait tout vomì. Alors je lui donnai le tartre stibié, mais il ne rendit

que le vomitif. Je prescrivis alors un lavement qui agit abondamment. Mais la douleur et les nausées continuaient. J'administrai alors deux grains d'opium, et je lui laissai quelques pilules renfermant chacune quatre grains de calomel, à prendre toutes les deux heures, jusqu'à effet purgatif. Mais à mon retour, il avait rendu tout ce qu'il avait pris. Je fus appelé de nouveau pendant la nuit, et je revins accompagné du Dr Dow, qui prescrivit un bain chaud et réitéra la mixture purgative, mais sans plus de succès qu'auparavant. (Bains de pieds, lavements, huile de ricin, large vésicatoire sur l'abdomen, mixture effervescente.)

Nous eûmes ensuite recours au mercure à l'état métallique que nous administrâmes en grande quantité, mais les vomissements continuèrent encore; le samedi matin, le Dr Dymond vit le malade. En ce moment, celui-ci se trouvait beaucoup mieux, et on craignait que la gangrène ne se fût établie. Le malade mourut à 11 heures du soir le 25.

Autopsie. — L'épiploon était considérablement tiré vers l'estomac, et une portion de l'intestin grêle était gangrenée. A un examen ultérieur, on reconnut que cet état gangréneux avait été causé par la hernie de l'intestin à travers l'épiploon, hernie qui avait été suivie d'étranglement. Les intestins étaient complètement vides de matières dures, et étaient dans leur état naturel, excepté au niveau de l'étranglement. Je retrouvai aussi le vif argent au-dessus de l'étranglement, il n'en avait passé qu'une très petite partie.

Mouro a rapporté une observation analogue dans son ouvrage sur la hernie crurale.

OBSERVATION VIII

(Pieri, *lo Sperimentale*, 1872.)

Un cas d'étranglement interne. Laparotomie. Guérison.

G. O..., cultivateur à Torre de Lago, commune de Viareggio, âgé de vingt et un ans, a toujours joui d'une bonne santé habituelle.

Il y a trois ans, rhumatisme pendant deux mois.

A cinq ans, le malade présentait une hernie inguinale droite qui guérit au bout de deux ans, par le port d'un bandage. A ce moment, il survient une autre hernie au côté gauche. Pas de port de bandage. La hernie paraît et disparaît alternativement pendant sept à huit ans. Depuis cette époque, la hernie a disparu et n'a pas reparu malgré des travaux souvent pénibles. Le mardi 30 janvier 1872, s'amusant avec des amis, le malade fait une chute, et un de ses amis lui tombe un genou sur le ventre.

Il ne sent aucun mal et assiste à la veillée chez des voisins. De retour chez lui, quelques heures après, il éprouve une vive douleur abdominale correspondant au niveau de l'ombilic et s'irradiant dans le reste de l'abdomen. Il croit avoir besoin d'aller à la selle et fait efforts sur efforts sans résultat. Sous cette influence, il voit reparaître sa hernie inguinale gauche, disparue depuis six ans.

La nuit est mauvaise, les douleurs sont incessantes. Il a du hoquet, des éructations et trois à quatre vomissements alimentaires.

Un médecin appelé (Joseph Paci) constate une hernie inguinale gauche avec phénomènes d'étranglement. Il pratique le taxis et fait rentrer la hernie. Mais les phéno-

mènes morbides s'accroissent, les vomissements deviennent fécaloïdes, le pouls faiblit et la température s'abaisse.

Le dimanche 4 février, au matin, je fus appelé. On ne me fait connaître ni la visite de mon collègue, ni le taxis effectué.

J'examine les orifices herniaires que je trouve vides, le cordon spermatique gauche est œdématié et le canal inguinal du même côté permet facilement l'introduction du médius. L'abdomen est météorisé et douloureux à la pression.

Le hoquet et les éructations sont fréquents. Les évacuations alvines manquent depuis deux jours et sont remplacées par des vomissements fécaloïdes. La température est peu élevée, le pouls petit, fréquent et vibrant. Les yeux sont enfoncés, le facies est hippocratique. En un mot, nous sommes en présence de tous les symptômes de l'étranglement interne.

Je fais le diagnostic d'occlusion intestinale et je penche plutôt pour un obstacle siégeant dans l'intestin même (corps étranger, matières fécales ou vers intestinaux). Je prescris 30 grammes de mercure et deux lavements.

5 février (matin). — Toujours pas d'évacuations, la douleur augmente. J'ordonne deux bains chauds.

Soir. Même état. Je prescris un lavement de tabac et de la glace sur l'abdomen.

Je cause par hasard du malade avec mon collègue Paci, qui me fit connaître sa visite et le taxis pratiqué.

6 février. — Rien de nouveau, et nous sommes au septième jour de la maladie.

Mis en éveil par le récit de mon collègue, je palpe profondément l'abdomen, et je sens dans la fosse iliaque gauche une petite tumeur allongée, circonscrite et plus particulièrement douloureuse, que j'induis être la hernie réduite en masse et étranglée par le collet du sac.

Dans ces conditions, je propose l'opération avec l'avis conforme de mon collègue, César Mazzoni de Pise.

Je me décide à ouvrir l'abdomen dans la fosse iliaque, de façon à pouvoir avoir sous les yeux le canal inguinal et remonter plus haut, si besoin en était, comme semblait l'indiquer le maximum de douleur qui était à la région de l'ombilic.

7 février (matin). — Tout étant disposé pour l'opération, le malade chloroformisé, je fais une incision partant de l'orifice externe du canal inguinal gauche et remontant à 10 centimètres plus haut.

Arrivé dans la cavité abdominale, les anses gonflées du gros intestin se présentent d'abord. J'explore la fosse iliaque et le canal inguinal, et je ne trouve rien.

J'attire au-dehors près de 2 mètres d'intestin, et avec mon index profondément engagé au niveau de la partie la plus élevée de la plaie, je suis une anse intestinale gonflée et dure. Je pense que cette anse est simplement enroulée sur elle-même, mais en examinant plus attentivement je constate que l'anse est passée à travers une *ouverture accidentelle, traumatique récente, faite presque sur le bord libre du grand épiploon*.

L'anneau a un diamètre de 3 cm. 50. L'anse est tellement comprimée que je suis obligé d'inciser l'épiploon pour la dégager.

L'anse est vivement enflammée, mais il n'y a ni ramollissement, ni gangrène.

L'intestin est alors rentré dans l'abdomen.

Je suture la plaie de la paroi au moyen de deux sutures, l'une profonde, enchevillée, l'autre superficielle à points séparés.

On applique le pansement.

Le patient est pâle et affaibli, le pouls est cependant

un peu moins faible qu'au commencement de l'opération.

On ordonne la diète. Un peu de bouillon, des boissons froides et de la glace sur l'abdomen.

Le soir (11 heures). — Le malade a reposé ; il a eu une évacuation abondante de matières fécales. Plus de hoquets, plus de vomissements. La douleur abdominale a disparu. Ventre météorisé.

8 février (matin). — Malade a dormi toute la nuit.

A 11 heures matin. — Renvois fétides. Sensation de brûlure le long de l'œsophage. Le malade délire et veut enlever son pansement. Le tympanisme est accru.

A 8 heures du soir. — Vomissements. La brûlure œsophagienne et le délire diminuent. P. = 108.

9 février. — Nuit assez tranquille. P. = 108. T. = 38.

La brûlure à l'œsophage a disparu. Selles moulées à la suite d'un lavement.

10 février. — Encore une évacuation. Le tympanisme a diminué, j'augmente la nourriture, P. = 96. T. = 37.

11 février. — Trois évacuations abondantes. P. = 94. T. = 37.

Pansement. La plaie a un peu suppuré, j'enlève la suture superficielle. Il y a de l'inflammation.

12 février. — Appétit augmente. J'enlève deux points de la suture profonde. Le pus a beaucoup augmenté.

13 février. — Pus abondant, j'enlève le dernier point de suture, les adhérences dans le fond de la plaie sont solides. Le ventre a diminué de volume, il est indolent. J'ordonne les aliments ordinaires.

14 février. — L'inflammation se dissipe, mais toujours du pus. L'appétit est excellent.

L'amélioration est rapide à partir de ce jour, l'inflammation se dissipe, la plaie se déterge, et la cicatrisation est

complète au 15 mars, soit trente-sept jours après l'opération. La cicatrice, longue de 5 centimètres, est solide et on peut espérer qu'elle résistera suffisamment malgré les conditions de travail de notre malade.

OBSERVATION IX

(Besnier, *Bulletin Société Anatomique de Paris*, 1864.)

C..., soixante-trois ans, garçon d'atelier, entre le 4 juin 1864 à l'hôpital Saint-Antoine. Il se plaint de hoquets, de vomissements et d'une grande douleur dans le ventre. Il a été pendant longtemps porteur d'une hernie inguinale double, qui a disparu depuis quatre ans, à la suite du port d'un bandage. Il y a deux jours, il a ressenti dans la nuit une douleur épigastrique violente, continue. Cette douleur persiste le lendemain et s'étend à la plus grande partie du ventre. Il essaie inutilement d'aller à la selle, et vomit tout ce qu'il prend.

Les symptômes continuant à s'aggraver, le malade entre à l'hôpital.

A ce moment le facies est pâle, anxieux. Sueurs froides, hoquets et vomissements fréquents. Ventre légèrement tuméfié dans toute son étendue, douloureux à la palpation. Il est *moins sonore* dans la région droite. Rien aux orifices herniaires.

Le malade est traité par des lavements purgatifs, de grands bains, de la glace à l'intérieur.

Mort le 6 juin.

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule une petite quantité de liquide séro-sanguinolent. Pas de pus, ni de matières intestinales. Le grand épiploon

fait défaut devant les anses, de l'intestin grêle, qui sont volumineuses et gonflées par des gaz. L'examen de la cavité abdominale montre que le tiers inférieur de l'iléon s'est étranglé dans un anneau siégeant à la partie terminale d'un des prolongements inférieurs du grand épiploon.

OBSERVATION X

(Danesi et Banti, *lo Sperimentale*, 1879.)

F. B..., âgé de cinquante-cinq ans, marié, charbonnier, n'a jamais fait de maladie, mais s'est livré à des excès de boire et de manger.

1^{er} janvier 1879. — Il souffre d'un catarrhe intestinal et, depuis, a des selles inconsistantes et diarrhéiques.

7 février. — Il se lève précipitamment et a une évacuation de matières liquides ; une demi-heure après, pendant qu'il travaillait, il ressent une douleur dans la région ombilicale qui va en s'irradiant dans tout le ventre. Le malade vomit son café, la douleur va en augmentant et les vomissements se reproduisent. Un lavement ne peut permettre au malade d'avoir une évacuation ni d'émettre des vents. Il est pris de hoquet.

Il n'a pas de fièvre, mais la nuit est tourmentée.

8 février. — Le malade entre à l'hôpital. B... a le ventre météorisé et séparé en deux lobes par un large sillon qui va transversalement d'un côté à l'autre, à environ deux doigts au-dessus de l'ombilic.

Le lobe supérieur présente en haut la sonorité gastrique exagérée et celle des intestins dilatés par les gaz. Le lobe inférieur est mat, et cette matité s'accroît en allant des fosses iliaques et de l'hypocondre vers le pubis. La douleur est vive à la palpation.

La paroi est uniformément tendue et empâtée. Le malade vomit et n'a toujours pas d'évacuation, ni gaz, ni fèces. Le pouls est abdominal (rare, filiforme, lent), la peau est froide, la figure décomposée.

Le malade a toute sa connaissance.

On fait le diagnostic d'occlusion intestinale de nature stercorale par rétrécissement organique, sans exclure pourtant le volvulus, l'étranglement par brides, ni l'invagination.

Le traitement ordonné fut : bains chauds à 39 degrés, lavements huileux, purgatifs (qui furent vomis).

8 février, au soir. — Le malade expulse en trois fois quelques cybales petites et dures.

9 février, au matin. — La miction manque ; on catéthérise la vessie et la sonde n'amène que quelques gouttes d'urine.

La mort survient le soir même, à 9 heures.

Autopsie quarante-huit heures après la mort. Cadavre maigre. Musculature assez développée. Putréfaction avancée sur l'abdomen.

Le poumon droit a des adhérences anciennes avec la plèvre. Les deux poumons sont plus pesants que d'habitude ; à la coupe, on trouve un liquide sanguinolent chargé de particules de charbon.

Le poumon droit présente, à la partie postérieure du lobe supérieur, un noyau de pneumonie interstitielle. On a affaire à de l'antracose. Rien au cœur.

À l'ouverture de l'abdomen, l'estomac et les intestins sont distendus par des gaz. Le grand épiploon est fixé par de minces adhérences à hauteur de la symphyse sacro-iliaque gauche. À droite, à la partie interne et au-dessus de ces adhérences, une anse de l'intestin grêle *fait hernie à travers une maille du grand épiploon*.

Cette anse appartient à la dernière partie du jéjunum et

à la première de l'iléon. Elle est longue de 50 centimètres, de couleur rouge uniforme, et porte un léger sillon correspondant à la stricture de l'épiploon. Les bords de l'anneau épiploïque sont un peu tuméfiés, mais il n'y a aucun exsudat.

Le reste du tube digestif est rétracté et contient quelques gaz et un peu de fèces. La muqueuse intestinale est grisâtre et recouverte d'un mucus abondant, sauf au niveau de l'anse herniée où elle est rouge et tuméfiée, mais sans ulcération ni gangrène.

Rien d'anormal dans le reste des viscères.

Nous présentons ici quelques observations d'étranglement dans les hernies, elles nous ont paru intéressantes à mentionner.

OBSERVATION I

(Communiquée par M. le Dr Delore, chef de clinique.)

M^{me} X., âgée de cinquante ans, était porteur depuis longtemps d'une grosse hernie inguinale droite ; il y a un an, elle présentait des symptômes d'étranglement.

M. le Dr Delore mandé le quatrième jour intervint rapidement, il ouvrit le sac et constata qu'une anse intestinale était étranglée à travers un orifice de l'épiploon qui adhérait à la partie inférieure du sac. L'épiploon fut sectionné à sa partie supérieure ; l'intestin dégagé présentait une teinte feuille morte ; vu son état, on ne le rentre pas dans l'abdomen, et on le fixe dans la plaie au moyen d'un fil passé dans le mésentère. Les phénomènes d'étranglement cessent, la malade va bien, une fistule stercorale

s'établit. La malade se remet peu à peu, et la fistulette ne donne lieu qu'à un léger suintement.

La malade se porte bien actuellement et demande à être opérée à nouveau pour sa fistule.

OBSERVATION II

(Arnaud, *Mémoires de chirurgie*, observation XXIV.)

En l'année 1706, M. Bijet, maître en chirurgie de Paris, appela MM. Maréchal, Alexandre, Arnaud, et Arnaud de Ronsil, rapporteur de cette observation, au sujet d'un homme de cinquante ans, d'un tempérament très fort, attaqué d'un étranglement. Elle est singulière.

La tumeur fort ancienne, de la grosseur et figure d'un petit melon, avait eu de tout temps la facilité de rentrer à la volonté du malade, chose rare pour une épiplocèle. Cet homme humilié par cette maladie ne s'était jamais confié à quelqu'un qui eût pu y remédier : il ne porta jamais de bandage ; cependant il y avait vingt ans qu'elle n'avait pas augmenté : il la faisait rentrer tous les soirs dès qu'il était au lit, de façon que sa femme ne s'aperçut jamais qu'il eût cette infirmité. Le 20 septembre il eut des coliques et des vomissements, enfin tous les symptômes les plus marqués de l'étranglement se déclarèrent. M. Bijet fit tout ce qui convenait de mieux en pareil cas, et fit rentrer la descente. *Les symptômes continuèrent après la réduction*, la tumeur sortit par les efforts des vomissements. M. Bijet crut bien faire de la contenir avec un brayer, mais il ne servit à rien, les accidents augmentèrent ; le conseil fut mandé le quatrième jour. On laissa sortir la tumeur, on l'examina avec attention, sans pouvoir trouver la cause de l'étranglement.

Tous les consultants furent d'accord sur la nécessité de faire l'opération : elle fut exécutée par Alexandre, Arnaud, démonstrateur en anatomie au Jardin du Roy, et qui tenait alors le premier rang parmi les praticiens de Paris. Il trouva une anse de l'intestin ileum qui couvrait la partie moyenne et inférieure de l'épiploon. Ce phénomène l'étonna et tous ceux qui étaient présents en furent surpris comme lui. Il leva l'intestin avec précaution et trouva que l'épiploon qui était percé avait permis à l'anse du boyau de passer au travers de la déchirure et que l'anneau qu'il fermait était très épais, très enflammé, et qu'il étranglait l'intestin. Il déchira avec ses doigts l'endroit de cette membrane qui faisait l'étranglement. Il remit l'intestin dans le ventre quoique fort livide ; rien ne s'opposa à la réduction ; elle fut faite avec beaucoup de facilité, tout le reste du sac herniaire était rempli par l'épiploon, dont il fit la ligature et il l'amputa. Le malade guérit sans aucun accident malgré le mauvais état où avait été le boyau.

Des cas analogues ont été cités par Scarpa, Collisen, Collisson, Arnoult, Buisson, etc.

OBSERVATION III (présentée par Marcano)

Hernie inguinale double très ancienne. — Etranglement de la hernie inguinale droite. — Inutilité du taxis répété. — Herniotomie. — Etranglement par l'épiploon. — Réduction. — Guérison.

E. L., âgé de cinquante-quatre ans, est atteint de hernie inguinale double depuis l'âge de huit ans ; son apparition fut déterminée par des efforts qu'il fit pour soulever un

fardeau trop lourd pour son âge. Ses hernies sortaient et rentraient facilement ; aussi ne songea-t-il à les contenir qu'à l'âge de vingt-cinq ans ; il se servit alors d'un bandage très mauvais, et qui, du reste, ne fut pas porté constamment. Depuis six mois ce bandage a été complètement abandonné, et le malade ne pensait plus à son infirmité, lorsque le 10 juin 1872, il éprouva subitement, et pour la première fois, les symptômes suivants : coliques, constipation, vomissements verdâtres, et issue de la hernie du côté droit. Un médecin de la ville, consulté, pratiqua le taxis pendant deux heures sans résultat, et ordonna une potion (?). Enfin, convaincu de la gravité de son état, ce malade entre le lendemain à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Honoré, n° 17 (service de M. Lefort), où nous l'examinons le 11 juin, vingt-quatre heures après le début des accidents.

Les vomissements se sont arrêtés, mais les coliques persistent et sont plus violentes qu'hier. La hernie de gauche est facilement réductible ; celle de droite a le volume du poing. Uniforme dans toute son étendue, elle ne présente pas de gargouillement. Matité à la percussion. Le testicule est bien distinct à la partie inférieure, la pédicule est très large, et on n'y constate rien qui rappelle la sensation d'un collet ; taxis infructueux pendant dix minutes ; bains. Le soir, nouveau taxis de dix minutes. — Les coliques et la constipation persistent ; pas de vomissements, aucun symptôme alarmant. — Lavement purgatif.

13 juin. — Taxis de dix minutes ; 11 sangsues, 80 pulsations. — Soir. — Même état, mais les coliques sont si violentes que le malade, très courageux la veille, est très abattu dans ce moment et demande à être débarrassé de sa maladie à quelque prix que ce soit.

13 juin. — Pas de changement. On se décide à pratiquer la *herniotomie*, qui avait été reculée jusque-là, le volume

de la hernie et la grosseur de son pédicule faisant espérer qu'il s'agissait non d'un véritable étranglement, mais d'une légère inflammation herniaire. La persistance des accidents, la crainte de voir, par une plus longue temporisation, survenir de la péritonite, et la demande du malade qui, par exception, réclamait l'opération, engagent M. Le Fort à la pratiquer, et voici comment : incision verticale de 15 à 18 centimètres, comprenant la peau et le tissu cellulaire ; le sac est mis à nu et à sa partie supérieure on trouve une bride fibreuse, à laquelle est attribué l'étranglement, mais cette bride incisée, l'intestin et le sac restent dans la même situation. Le sac, incisé sur la sonde cannelée, laisse échapper un peu de sérosité jaune citrine. Jusque-là il n'y a rien de changé et, malgré ce dernier temps de l'opération, l'agent de l'étranglement est encore à trouver. Cependant, l'intestin se précipite dans la plaie et on est obligé de l'arrêter avec les mains ; mais si les anses intestinales sortent facilement de l'abdomen et qu'elles y rentrent de même, il en est autrement du bout inférieur dont l'immobilité accuse la persistance de l'étranglement. En examinant les choses de près, on constate la disposition suivante :

L'épiploon s'insère au fond du sac sous la forme d'une bandelette rectangulaire, irrégulière, dont les bords latéraux libres, laissent passer largement l'intestin par l'espace compris entre eux et la face interne de la paroi du sac. Dans le tiers de sa longueur, cette bande présente un solution de continuité triangulaire, à base inférieure et qui laisse passer entre ses lèvres une anse intestinale. Quand on s'est rendu compte de cette disposition, on réduit l'anse en lui faisant retraverser l'anneau formé par l'épiploon qui devient ainsi antérieur à l'intestin. Celui-ci rentre facilement dans le ventre par un taxis direct et continu. Une portion du paquet intestinal qui pendant cette manœuvre était venue

envahir la plaie, la remplit complètement, et on n'arrive à l'en déloger qu'avec une certaine difficulté.

M. Le Fort nous dit qu'il hésite un peu sur le parti à prendre à l'égard de l'épiploon. D'ordinaire, il place une ligature sur sa base et excise tout ce qui a eu le contact de l'air et des doigts; mais dans cette circonstance la largeur de l'anneau et la facilité avec laquelle l'intestin fait hernie l'engagent à conserver l'épiploon, qui par l'inflammation consécutive probable contractera des adhérences au pourtour de l'anneau et formera une sorte de bouchon qui pourra s'opposer à l'issue de l'intestin. — La masse épiploïque sortie est assez considérable pour qu'on ait de la peine à la maintenir dans le scrotum, autrement qu'en appliquant à la peau un point de suture vers la partie moyenne de la plaie, l'intestin est ainsi repoussé et maintenu. Charpie dans la plaie, compresses imbibées d'eau alcoolisée, recouvertes de taffetas gommé et de ouate, afin d'exercer une égale compression; spica. — Bouillon et potages, vin de Bagnols, trois pilules d'opium de 2 centigrammes, pas de purgatif ni de lavement.

14 juin. — Le malade va à la garde-robe. — Le 18, diarrhée, qui prit un caractère sérieux jusqu'au 20 et qui céda au ratanhia et au bismuth.

22 juin. — On défait le premier pansement. — L'épingle de la suture était tombée; la plaie, déjà cicatrisée profondément exposait à sa surface de beaux bourgeons charnus.

Depuis ce jour, pansement simple par balnéation continue.

5 juillet. — Cautérisation de la plaie avec nitrate d'argent. — 15, le malade est complètement guéri. Il lui reste une masse épiploïque dans l'endroit que la hernie occupait.
Exeat.

CHAPITRE III

SYMPTOMES. — ÉVOLUTION

Que l'étranglement se fasse dans la cavité abdominale ou dans une hernie, les symptômes seront à peu près les mêmes, et vouloir les différencier serait très difficile, nous signalerons au passage ce qu'il peut y avoir de profitable à noter.

Nous diviserons les symptômes :

En symptômes fonctionnels ;

Et signes physiques.

Symptômes fonctionnels.

Douleur. — La douleur existe toujours, elle est violente et survient par crises. Nous voyons que le malade la localise souvent à hauteur de l'ombilic ; est-ce un signe particulier à cette variété d'étranglement ? Non, ce signe est commun, et se trouve dans beaucoup d'occlusions. Il ne dépend ni du siège, ni de la hauteur auxquels l'intestin est étranglé. Il serait dû, d'après Trèves¹, à ce que le plexus solaire correspond topo-

¹ Trèves, *De l'obstruction intestinale.*

graphiquement à cette région. Le malade a de violentes coliques. Nous ne trouvons dans aucune de nos observations la douleur localisée au point précis de l'étranglement.

Vomissements. — Les vomissements ne tardent pas à apparaître, ils sont d'abord alimentaires, puis bilieux et enfin fécaloïdes. Ils accusent ce dernier caractère vers le quatrième jour. Ils sont abondants et précoces dans nos observations. Ils peuvent précéder la douleur ; c'est ainsi que, dans le cas rapporté par Cooper, on avait attribué les symptômes à une indigestion.

Constipation. — La constipation s'établit d'une façon absolue et cela d'une façon précoce, aucun gaz n'est émis par l'anus, et on n'a jamais constaté la diarrhée vue quelquefois dans des occlusions intestinales dues à d'autres causes. Le malade, lors des premières douleurs, court généralement vider son ampoule rectale, puis ne présente plus aucune selle.

On n'a jamais noté le réjet par l'anus de matières sanglantes ; de Quervain avait voulu faire de ce signe la caractéristique de l'invagination de l'intestin, mais le sang peut se rencontrer chaque fois qu'il y a une gêne notable dans la circulation pariétale de l'intestin, gêne qui détermine une hémorragie soit par ulcération, soit par congestion de la muqueuse.

Cette constipation absolue nous induit à penser que nous avons affaire à une obstruction complète de la lumière intestinale.

Anurie. — L'anurie, la diminution de la quantité des urines a été notée dans trois de nos observations, elle existe dans beaucoup d'occlusions, et ne peut rien

nous indiquer, relativement au siège de l'étranglement : elle est due probablement à un trouble de l'innervation sympathique. Cependant, notons que dans la variété d'étranglement que nous décrivons elle est assez fréquente.

Signes physiques.

Inspection. — L'examen de l'abdomen doit être fait avec le plus grand soin, et le plus précocement possible, car le ballonnement ne tarde pas à s'établir. Ce ballonnement, suivant la remarque de Laugier, donnera à l'abdomen une forme globuleuse sans étalement des flancs ; ce serait une disposition caractéristique d'un obstacle très serré siégeant sur le grêle dans une région assez élevée.

Dans l'observation de Danesi et Banti, l'abdomen présentait une disposition qui mérite d'être soigneusement rapportée. L'abdomen du malade présentait un sillon profond un peu au-dessus de l'ombilic, qui coupait cette région en deux lobes nettement séparés. Cette disposition révélait extérieurement le type épiploïque. Le lobe supérieur était formé par l'estomac, que poussaient en avant les anses intestinales situées en arrière et distendues par les gaz, le sillon était dû à l'épiploon tendu et comprimant cette masse, tandis que le lobe inférieur était formé par la partie de l'intestin qui se trouvait au-dessous de l'épiploon.

De même, si l'on arrive à temps, on pourra noter en un point la voussure déterminée par l'anse herniée ; ce

¹ *Centralblatt für Chirurgie*, 1888.

signe a été décrit par Von Wahl¹, et n'est perceptible qu'au début.

Palpation. — La palpation montre une douleur, qui peut être localisée ou étendue à tout l'abdomen, rendant souvent cette manœuvre impossible.

Nous rappellerons ici le météorisme de l'anse étranglée (Von Wahl) pour fixer le siège de l'étranglement. Dans le cas de Pieri, on a pu sentir une petite tumeur dans la fosse iliaque.

Percussion. — La percussion nous montrera que souvent la région du flanc est mate, ce signe est dû à un épanchement péritonéal signalé par Duchaussoy. Le Moyne, Boeckel, et dont Camichel a donné la présence comme constant. Nous retrouvons ce signe dans nos observations, il se produit surtout dans les structures complètes de l'intestin.

On pourra de plus avoir recours au toucher rectal ou vaginal chez la femme, sans toutefois employer la méthode de Simon qui peut donner lieu à des accidents. Il ne faut pas attendre de grands résultats de ces manœuvres, car l'étranglement siège haut sur l'intestin. On pourra cependant sentir la présence d'un épanchement qui peut descendre d'après Gangolphe, jusque dans, le cul-de-sac vésico-rectal.

Pouls. — Les caractères du pouls n'ont rien de particulier, ils sont communs à toutes les affections de l'abdomen. Ils ont plutôt une valeur pronostique, quant à l'état général du malade.

Température. — La température reste normale et

¹ Von Wahl, *Centralblatt f. Chirurg.*, 1888.

peut même s'abaisser, elle s'élève quelquefois, mais c'est alors le signe d'une péritonite ou d'une perforation qui vient aggraver le pronostic.

Si l'étranglement siège dans une hernie, nous aurons les mêmes symptômes, douleur, constipation, mais ici la douleur aura une localisation plus nette, la hernie qui rentrait à l'état ordinaire, ne rentre plus, elle est irréductible, elle est douloureuse.

Évolution.

L'étranglement à travers l'épiploon peut affecter une marche aiguë, et une marche chronique.

C'est-à-dire que, dans certains cas, l'étranglement se produit au moment même où l'anse intestinale franchit l'orifice ; dans d'autres cas, au contraire, l'anneau existe depuis longtemps, l'anse intestinale entre et sort sans donner lieu à des accidents, et c'est un jour à la faveur d'excès, d'entérite..., que les symptômes d'étranglement se manifestent.

Dans le premier cas, nous voyons un sujet jusqu'alors en pleine santé, pris, à la suite d'un traumatisme, d'un exercice violent, d'une douleur abdominale vive, de coliques, généralement le patient court au cabinet vider le contenu de son ampoule rectale. Puis apparaissent des vomissements d'abord alimentaires, ensuite bilieux et enfin fécaloïdes ; la constipation s'établit absolue ; rien ne sort par l'anus, ni matières, ni gaz, la sécrétion urinaire diminue. Le ventre douloureux se météorise ; le facies s'altère, les yeux s'excavent et s'entourent d'un large cercle livide, les joues se creusent,

le nez s'effile, les lèvres, les oreilles, les mains et les pieds prennent une teinte cyanotique, la température reste normale, le pouls s'accélère. Les phénomènes s'accroissent, l'état général tombe peu à peu et le malade, en proie aux douleurs les plus violentes, finit par s'éteindre. Il présente parfois du délire, la température s'élève, une perforation et une péritonite viennent compliquer la scène. La marche est rapide, la mort arrive vers le cinquième jour.

A côté de cet étranglement immédiat, nous croyons pouvoir admettre une seconde forme, chronique pour ainsi dire.

Scarpa¹ a vu « l'épiploon traversé par une anse d'intestin dans une hernie, chez un homme d'âge moyen, qui n'avait éprouvé aucun symptôme d'étranglement, quoique l'épaisseur et la dureté des bords de l'ouverture de l'épiploon, indiquassent manifestement que la déchirure était ancienne. Je crois devoir remarquer, à ce sujet, que la perforation ne se fait pas toujours d'une manière subite, et qu'elle n'est pas toujours immédiatement suivie de l'étranglement de l'intestin. Je suis porté à croire qu'aussitôt après le déchirement de l'épiploon, et la cessation de l'effort qui en a été la cause, une partie de l'intestin rentre dans le ventre. »

L'anse intestinale peut être engagée depuis longtemps dans l'orifice, mais n'y est pas serrée. « Si une entérite microbienne survient chez ce sujet, une exsudation liquide va se faire² dans la cavité intestinale, des gaz

¹ Scarpa, *Traité pratique des hernies*.

² Cahier, *Occlusions aiguës de l'intestin*.

s'y développeront, et l'anse engagée, en se distendant, subira un commencement de constriction par développement excentrique; ultérieurement et plus ou moins rapidement, sous l'influence de modifications apportées dans la circulation de cette anse, et d'infiltrations séreuses engendrées dans les parois, l'étranglement se complètera et deviendra plus serré et définitif. »

Nous croyons devoir attribuer ce mode d'étranglement à deux de nos observations (celle du professeur Poncet, et celle de Danesi et Banti). Dans ces deux observations, les symptômes ne se manifestent pas avec leur acuité ordinaire, les orifices présentent aussi des bords durs épais et fibreux, ayant un caractère d'ancienneté assez accusé.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Nous sommes en présence d'un malade atteint de symptômes d'étranglement. Il est porteur ou non de hernies.

Si le malade présente une hernie, la première question qui nous préoccupera est de savoir si l'étranglement siège dans l'abdomen ou dans le sac. Ce diagnostic pourra être facile à trancher, si la hernie jusque-là réductible, ne l'est plus, si elle est mate, douloureuse, et si ce n'est que secondairement que la douleur s'est étendue à l'abdomen; mais dans d'autres cas il sera très difficile si, par exemple, comme dans le cas de Pieri, un taxis a été fait et l'on comprend très bien que le chirurgien reste dans le doute, ne sachant à quelle cause attribuer les symptômes. Pieri, dans ce cas, trancha le nœud gordien et fit une opération lui permettant de parer à deux indications; dans un pareil doute, une conduite analogue serait méritoire.

Nous ne ferons pas le diagnostic différentiel de l'occlusion intestinale, avec les péritonites, appendicites, empoisonnements, etc. On trouvera ces données exposées tout au long dans les meilleurs ouvrages.

Je ne parlerai ici que des occlusions, et je tâcherai d'établir comment on pourrait penser à un étranglement à travers l'épiploon.

Pour cela, nous examinerons les commémoratifs, les signes physiques, les symptômes fonctionnels.

Les commémoratifs nous apprennent que les individus atteints d'étranglement, à travers l'épiploon, sont surtout des hommes souvent porteurs de hernies; que l'âge est assez avancé, et qu'on retrouve à l'origine de la maladie un traumatisme, un effort.

Parmi les agents d'étranglement mécanique, ces renseignements nous permettent déjà d'éliminer l'invagination, qui se produit surtout chez des enfants.

Le volvulus se présente chez des hommes ayant cet âge, mais point de hernies, pas de traumatismes, et souvent ces malades ont déjà eu des atteintes d'occlusion intestinale. Les obstructions par brides ou flexions, suites d'adhérences, se rapprochent beaucoup de nos cas, mais les malades sont, de préférence, des femmes et des femmes jeunes, car ces brides sont presque toujours le résultat d'une intervention chirurgicale; on pourra hésiter entre ces deux agents, mais il est rare que dans le cas de brides on trouve un traumatisme, un effort bien accentué.

Dans le cas d'obstruction, par calcul biliaire, les femmes d'un certain âge sont surtout atteintes, la profession est sédentaire, la malade a souvent présenté des antécédents du côté du foie, coliques hépatiques, etc. Dans l'étranglement, par diverticule de Mœckel, les sujets sont jeunes en général.

Les signes physiques et les symptômes fonctionnels

nous permettront de fixer le siège de l'occlusion, grâce au signe de Wahl, à la douleur localisée en un point; la palpation nous permettra de sentir dans la fosse iliaque une tumeur, petite, arrondie, telle que l'avait sentie Pieri. Nous pourrons ainsi éliminer définitivement le volvulus, qui siège, de préférence, sur l'S iliaque, l'invagination étranglée qui siège bien sur le grêle, mais contrairement à l'étranglement, à travers l'épiploon, vers la partie inférieure de cet intestin et surtout dans la fosse iliaque gauche. On pourra sentir à ce niveau une petite tumeur. Le toucher rectal dans cette obstruction permet souvent de sentir l'obstacle; de plus, les symptômes de l'occlusion ne seront pas aussi aigus que dans nos cas; les vomissements seront rarement fécaloïdes. La constipation sera rarement absolue, on pourra noter de la diarrhée et des selles muco-sanguinolentes.

Dans le cas d'étranglement par le diverticule de Mœckel, on trouve une douleur fixe entre l'ombilic et le cæcum, et un ballonnement limité à cette région. Le diagnostic sera des plus difficiles à faire avec les brides et adhérences, qui procèdent du même mécanisme, l'étranglement à travers l'épiploon n'étant qu'un cas particulier de cette occlusion. Somme toute, notre diagnostic se bornera à être un diagnostic de siège.

On pourra grâce au signe de Wahl, à la présence d'une douleur localisée en un point, et peut-être à ce signe rare¹ que quelquefois quand l'incarcération se fait dans une ouverture le blessé a quelquefois perçu

¹ Cahier, *loc. cit.*

un craquement, au moment où s'opère l'engagement de l'anse intestinale, arriver à un diagnostic de siège. De plus avec Obabinski on peut conclure que lorsqu'à côté des symptômes habituels de l'occlusion intestinale on observe soit du péristaltisme exagéré, soit du météorisme localisé, on est en droit d'affirmer que l'on a affaire à un obstacle mécanique, et que ce dernier ne peut être levé d'une façon définitive que par la voie opératoire. »

Nous pourrions donc établir qu'on a affaire à un étranglement mécanique siégeant assez haut sur le grêle, et il faudra diagnostiquer l'agent : invagination ; brides, hernies internes ; étranglement à travers l'épiploon. Le diagnostic ferme est à peu près impossible, cependant si on trouvait la disposition abdominale bilobée qu'a présentée un de nos malades, je crois qu'on pourrait affirmer que l'épiploon est la cause de l'étranglement.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

L'évolution est rapide et, faute d'apporter une intervention immédiate, tous les cas sont mortels.

Nous n'avons rien à espérer du traitement médical, mais comme le diagnostic ne sera pas fait et que la proportion de mortalité des meilleures statistiques est encore considérable (Obabinski¹ donne 50,5 pour 100 de mortalité dans des cas analogues).

On sera autorisé à recourir à ce traitement : on donnera la préférence à l'opium et aux lavements électriques. Mais il faut bien se dire que, si le diagnostic était fait, il ne faudrait pas songer à un pareil traitement qui ne peut en rien lever l'obstacle.

Il faudra en venir hâtivement au traitement chirurgical, que l'étranglement siège dans la cavité abdominale ou dans une hernie.

Deux opérations sont en présence, l'anus artificiel et la laparotomie.

L'anus artificiel est ici une mauvaise opération, non seulement à cause des inconvénients inhérents à l'acte

¹ Obalinski, *Archiv f. klinische Chirurg.*, t. XLVIII, p. 1.

opératoire, mais encore parce que dans nos cas, ou il sera fait trop bas et alors rien n'est changé au tableau et le malade meurt comme si on n'était pas intervenu ; c'est ce que nous voyons dans l'observation rapportée par Bernheim, où cette opération à laquelle on s'était rallié n'a amené aucun résultat ; ou bien il sera fait suffisamment haut, et alors la longueur d'intestin utilisable pour la digestion ne sera pas suffisante.

Si on fait l'anus artificiel, il ne faut pas songer à ouvrir l'S iliaque, ni le cæcum ; si on se range à l'opération de Nélaton, on a toutes les chances d'attirer dans la plaie une anse du grêle, inférieure à l'obstacle, ou l'anse herniée elle-même, et l'on opérerait sans résultat.

Dans le cas où l'étranglement siège dans un sac herniaire, l'anus contre nature n'aurait pas cet inconvénient, mais ce serait le pis-aller, et la chirurgie moderne tend de plus en plus à faire d'un seul coup ce que la vieille chirurgie faisait en plusieurs fois. Pourquoi faire un anus qu'on aura plus tard à oblitérer ? Pourquoi infliger une infirmité à un sujet quand on peut l'éviter ? Il faudra donc, dans une hernie, intervenir radicalement, ouvrir le sac, dégager l'anse herniée, et pour cela débrider l'anneau, et enfin amputer la partie de l'épiploon renfermant l'orifice, siège de l'étranglement.

Il faudra faire la laparotomie quand l'étranglement siège dans la cavité abdominale. Ici l'opération sera courte, car on n'a pas à rechercher l'obstacle dans toute la cavité abdominale. L'ouverture sera large, une fois dans le péritoine ; le doigt est introduit à la recherche de l'épiploon. Alors cet organe est sous les yeux, et

l'anse herniée est très apparente, ou il faut aller le chercher dans les anses intestinales, on le suit du doigt, et la main est vite arrêtée par la saillie de l'anse invaginée, les adhérences sont un bon guide, car nous voyons toujours l'orifice placé très près d'elles. Ici nous ne voyons pas de manœuvres pénibles, on est tout de suite fixé sur l'agent d'étranglement. Il faut encore vérifier s'il n'y a pas d'autres causes d'obstruction, s'il n'y a pas de brides, etc., etc. Nous sommes en présence de l'anse herniée ? Que faire. La première chose est de réduire cette anse, ne pas s'attarder à cette manœuvre, et débrider l'orifice en haut ou en bas dans le sens des vaisseaux afin d'éviter le plus possible l'épanchement de sang dans le péritoine. On se guidera pour le reste de l'intervention sur l'état de l'intestin, on le rentrera tel quel, on posera un bouton anastomotique, ou l'on fera une entéro-anastomose.

Comment doit-on se comporter vis-à-vis de l'épiploon ? Doit-on faire comme dans le cas de la hernie c'est-à-dire réséquer l'épiploon. Nous ne le croyons pas, car il faudrait souvent enlever une grande partie de l'épiploon quand l'orifice siège un peu haut, et cet organe a un rôle physiologique : protéger les intestins, faciliter leur glissement, empêcher par la graisse qui le pénètre un refroidissement brusque de ces viscères et les maintenir à une température uniforme. Il vaudra mieux oblitérer l'orifice, et pour cela suturer les bords de l'anneau. Cependant, quand l'orifice siège près du bord libre de l'épiploon, on peut réséquer cette extrémité.

Il ne faudra pas oublier de détruire les adhérences, si on en trouve, ce qui permettra à l'épiploon de

reprendre une position normale, et peut-être de supprimer la cause possible d'une occlusion par brides, dont les cas ont été si souvent cités¹.

De toutes nos observations une seule mentionne la laparotomie et c'est le seul cas de guérison, tous les autres cas ont été mortels.

Dans les cas de hernies, l'opération a été faite plus souvent et toujours avec de bons résultats.

L'indication de la laparotomie se pose donc nettement dans notre cas, et cela d'une façon hâtive. Il ne faut pas attendre que le malade soit dans un état tel que tout choc lui soit mortel.

¹ Easterly Ashton.

² Dusserre, th., Lyon, 1901.

CONCLUSIONS

L'étranglement intestinal à travers l'épiploon peut se faire : soit dans la cavité abdominale, soit dans un sac herniaire.

I. Au lieu de descendre librement au-devant des anses intestinales, le grand épiploon peut aussi :

Se trouver replié en arrière et pénétrer le paquet intestinal.

A ces dispositions normales peuvent se joindre des adhérences pathologiques du grand épiploon à la paroi ou aux autres viscères de l'abdomen. Ces adhérences surviennent à la suite de hernies ou d'inflammations anciennes.

Ainsi tendu par ses adhérences ou en position vicieuse l'épiploon peut présenter des orifices de diamètre suffisant pour permettre l'étranglement intestinal. Ces anneaux proviennent d'une disposition existante, due sans doute à une lésion de l'épiploon qui cède en cet endroit, soit à un traumatisme, soit à une intervention chirurgicale, soit à la coalescence de deux franges épiploïques.

L'intestin étranglé est toujours le grêle, et de préfé-

rence les dernières parties du jéjunum et les premières de l'iléon, l'anse herniée siège le plus souvent à droite.

II. Les symptômes d'étranglement se montrent surtout chez des hommes, dans l'âge moyen de la vie. Tous présentent comme passé pathologique soit des hernies anciennes, soit des accidents du côté du tube digestif (enterite). Chez d'autres malades on note un traumatisme récent, auquel ont succédé les symptômes d'obstruction. Enfin, chez tous les sujets, on trouve une profession manuelle, exigeant des efforts et des manœuvres de force.

III. Le mécanisme qui préside à l'étranglement à travers l'épiploon est, d'une façon générale, toujours le même; c'est l'effort; c'est la pression exercée sur l'épiploon en position vicieuse, par la masse intestinale, qui pousse une anse à travers l'écaillure, qu'elle siège dans la cavité abdominale ou dans un sac herniaire.

IV. Les symptômes sont ceux de l'étranglement interne ou bien de la hernie étranglée. Ils peuvent se manifester à la même époque où l'anse intestinale passe à travers l'orifice, ou bien survenir plus tard, alors que cette disposition existe déjà depuis longtemps, à la suite d'excès, d'entérite microbienne, etc.

Le diagnostic sera difficile, souvent même impossible; cependant on pourra sentir quelquefois une tumeur dans la fosse iliaque, ou voir l'abdomen nettement bilobé. On aura aussi les antécédents; des hernies, des traumatismes, et la notion d'effort toujours présents.

V. Le traitement sera chirurgical :

Dans le cas d'étranglement interne, on fera la laparotomie, on cherchera à réduire l'anse intestinale, en débridant au besoin l'anneau, on détruira les adhérences épiploïques, on réséquera la partie de l'épiploon portant l'orifice, ou l'on suturera les lèvres de la déchirure.

Dans le cas d'étranglement dans une hernie, on fera l'opération de la hernie étranglée, on ouvrira le sac, on dégagera l'anse et on amputera l'épiploon.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET.

Vu :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 29 décembre 1900.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.
GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERT, Clinique chirurgicale.
- ANGER, th. de Paris, 1865.
- ASHTON, The medical News, 1892. — Résumé in Archives générales de médecine, 1893.
- ASHURST, Encyclopédie internationale de chirurgie, t. VI.
- BERGER, in Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, t. VI.
- BESNIER, t. de Paris, 1857.
- Mémoires sur les étranglements internes, Paris, 1860.
- BULTEAU, t. de Paris, 1878.
- CALLISEN, Acta societatis med. Havniensis, t. I, p. 164.
- CAHIER, Les occlusions aiguës de l'intestin, in Bibliothèque Charcot-Debove, Paris, 1896.
- CAMICHEL, th. Lyon, 1893.
- COUDER, Bulletin Société anatomique de Paris, 1888.
- DUPUYTREN, Leçons orales de chirurgie clinique.
- FOUGÈRE, th. de Montpellier, 1886-1887, n° 56.
- GUINARD, in Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet.
- JALAQUIER, in Traité de chirurgie de Duplay et Reclus.
- JABOULAY, in Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet.
- LE MOYNE, th. de Paris, 1878.
- MARCANO, De l'étranglement herniaire par l'épiploon.
- OBALINSKY, Arch. für klinis. Chirurg., t. XLVIII, p. 1.
- OSORIO, th., Paris, 1879.
- PEYROT, th. d'agrégation, Paris, 1880.

- PICQUE, in Encyclopédie internationale de chirurgie, t. VI.
PRESCOTT HEWET, Journal de chirurgie de Malgaigne, 1846.
RAGU, th. de Strasbourg, 1853.
SCARPA, Traité pratique des hernies.
SAVOPOULO, th. Paris, 1867.
TRÈVES, Anatomie appliquée à la chirurgie, Paris. 1900.
TUJA, th. Lyon, 1894, n° 955.
VON WAHL, Centralblatt für Chirurg., 1888.

